DISSERTATION

N° 23.

SUR PLUSIEURS POINTS

D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

ET DE PATHOLOGIE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 14 *février* 1826, *pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;*

PAR P. H. BÉRARD, de Lichtemberg,

Département du Bas-Rhin,

Prosecteur de la Faculté ; ex-Interne de l'Hôtel-Dieu, de la Maison d'accouchement et des hôpitaux civils de Paris ; Élève de l'École pratique ; Ex-interne de l'hôtel-Dieu d'Angers.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1826.

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

MESSIEURS

LANDRÉ-BEAUVAIS, DOYEN.
ALIBERT.
BERTIN.
BOUGON.
BOYER.
CAYOL.
CLARION.
CRUVEILHIER.
DENEUX.
DÉSORMEAUX.
DUMÉRIL.
DUPUYTREN, *Examinateur.*

MESSIEURS

FIZEAU.
FOUQUIER.
GUILBERT.
LAENNEC.
MARJOLIN, *Examinateur.*
ORFILA, *Président.*
PELLETAN FILS, *Examinateur.*
RÉCAMIER, *Suppléant.*
RICHERAND.
ROUX.

Professeurs honoraires.

CHAUSSIER.
DE JUSSIEU.
DES GENETTES.
DEYEUX.
DUBOIS.
LALLEMENT.

LEROUX.
MOREAU.
PELLETAN.
PINEL.
VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

ADELON, *Examinateur.*
ARVERS, *Suppléant.*
BRESCHET.
CAPURON.
CHOMEL.
CLOQUET AÎNÉ.
COUTANCEAU.
DE LENS.
GAULTIER DE CLAUBRY.
GÉRARDIN.
GUERSENT.
JADIOUX.

KERGARADEC.
MAISONNABE.
MOREAU.
MURAT.
PARENT DU CHATELET.
PAVET DE COURTEILLE.
RATHEAU.
RICHARD.
RULLIER.
SÉGALAS.
SERRES.
THÉVENOT, *Examinateur.*

A MON PÈRE.

A MA MÈRE.

P. H. BÉRARD.

A LA MÉMOIRE

DE BÉCLARD.

P. H. BÉRARD.

AVANT-PROPOS.

Le désir d'être admis au nombre des candidats dans le concours qui va s'ouvrir, m'a fait hâter le moment de ma dernière épreuve, et choisir un sujet de thèse différent de celui que je me proposais de traiter.

Le travail que je soumets à mes juges se ressentira de la précipitation avec laquelle il a été composé.

La Faculté de médecine a bien voulu ajouter ma réception gratuite aux récompenses dont elle m'a honoré. Je conserverai toujours le souvenir de ses bontés.

DISSERTATION

SUR PLUSIEURS POINTS

D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

ET DE PATHOLOGIE.

Sur la dilatation partielle du cœur.

On avait jusqu'à ces derniers temps donné le nom d'*anévrysme du cœur* à de simples dilatations de ses cavités, avec amincissement ou hypertrophie de ses parois. *Corvisart* avait même détourné ce mot de son acception ordinaire, jusqu'au point de l'employer à la désignation de cette maladie dans laquelle la cavité du ventricule gauche a presque entièrement disparu sous l'influence de l'irritation nutritive des fibres musculaires qui le composent. Les auteurs n'avaient pas décrit de poches anévrysmales placées à la surface du cœur, et communiquant avec lui comme les anévrysmes communiquent avec les artères sur lesquelles on les rencontre. Cette maladie, qu'on a nommée *dilatation partielle*, et à laquelle le mot *anévrysme* s'appliquerait mieux qu'à celles qui ont été indiquées précédemment, est si rare, que les médecins de nos jours qui se sont le plus livrés à l'anatomie

pathologique n'ont point eu l'occasion de l'observer. M. le professeur *Laennec* (Auscultation médiate) avoue qu'il ne l'a jamais vue; il emprunte à *Corvisart* le seul cas qu'il rapporte, ajoutant cependant qu'un fait semblable est consigné dans les *Miscellanea naturæ curiosorum.* M. le professeur *Bertin* (Traité des maladies du cœur) se borne à présenter les mêmes citations dans une note, et dit à ce sujet: « Nous n'avons jamais observé rien de semblable à ce fait intéressant. » *Meckel* dit aussi que la dilatation partielle est fort rare; il renvoie à *Baillie* et à *Walther*. L'observation de *Corvisart* fut recueillie sur un jeune nègre mort dans un état de suffocation. Ce médecin trouva « la partie supérieure et latérale du ventricule gauche surmontée d'une tumeur presque aussi volumineuse que le cœur lui-même. L'intérieur de cette tumeur contenait plusieurs couches de caillots assez denses, parfaitement semblables à ceux qui remplissent la cavité des anévrysmes artériels. La cavité de cette tumeur communiquait avec celle du ventricule par une ouverture qui avait peu de largeur, et dont le contour était lisse et poli. »

J'ai vu une variété singulière de la dilatation partielle du cœur. Je ne sache pas que personne l'ait jamais décrite. Il paraîtra surprenant qu'un court laps de temps me l'ait offerte deux fois; mais ce sont des jeux du hasard, et il n'y a aucun mérite à en être favorisé. J'ai montré une des pièces pathologiques à M. *Laennec*, qui en conserve une note. J'indiquerai plus loin dans quelles circonstances la deuxième a été rencontrée.

Dans les deux cas dont je parle, le cœur présentait à sa pointe une tumeur volumineuse qui paraissait séparée du sommet des ventricules par une espèce de collet ou rétrécissement circulaire. La pointe du ventricule droit arrivait jusqu'au collet de la tumeur sans s'y ouvrir. Le sommet du ventricule gauche communiquait avec elle par un orifice arrondi. L'intérieur de la poche anévrysmale était rempli de caillots bien organisés plus ou moins desséchés; enfin le cœur avait contracté adhérence avec le péricarde. Les descriptions suivantes en donneront une idée plus complète.

Premier fait. Il a été recueilli sur le cadavre d'une femme de cinquante ans, d'un embonpoint médiocre; il n'y avait aucune infiltration séreuse dans les membres abdominaux.

Les poumons étaient unis par un tissu lamineux serré à presque tous les points des plèvres costales.

Le péricarde, amplement distendu par le cœur, sur lequel on ne pouvait le faire glisser, était soulevé vers l'échancrure du bord antérieur du poumon gauche par une tumeur arrondie qui altérait la forme de ce sac. On remarqua, en poursuivant la dissection, que le péricarde adhérait partout au cœur et aux gros vaisseaux qui en partent ou qui s'y rendent, en sorte que la cavité séreuse était entièrement disparue. Un tissu cellulaire très-fin, parcouru par une infinité de vaisseaux injectés de sang, était le moyen d'adhérence. Le cœur, dépouillé de son enveloppe, était couvert çà et là, surtout aux environs de la tumeur et sur l'oreillette droite, de plaques membraneuses de nouvelle formation, et comme récemment enflammées. La tumeur qui distendait le péricarde était placée au sommet du cœur. Son volume égalait celui d'une pomme de moyenne grosseur; sa surface était arrondie, et de couleur rougeâtre. Un enfoncement circulaire la distinguait extérieurement du sommet des deux ventricules, et lui formait une espèce de collet.

Tel était le cœur considéré extérieurement. La cavité du ventricule droit était assez ample; sa pointe ne s'étendait que jusqu'au collet déjà indiqué, sans communiquer avec le sac anévrysmal; ses parois étaient un peu amincies et flasques. La cavité du ventricule gauche était beaucoup plus considérable que celle du droit; son sommet communiquait librement, et par un orifice arrondi d'un pouce et demi de diamètre, avec la cavité de la tumeur. Les parois de ce ventricule avaient une épaisseur ordinaire du côté de la cloison. Vers le bord gauche, au contraire, la substance musculaire s'amincissait insensiblement en se continuant sur les parois du sac anévrysmal. La moitié inférieure de ce ventricule était lisse, et n'offrait aucune colonne charnue. L'anévrysme était tapissé à l'intérieur de caillots con-

sistans grisâtres, anciennement organisés, disposés en lames minces concentriques. Les plus extérieures, qui étaient entièrement desséchées et tenaces, adhéraient assez intimement à la face interne du sac. Les plus intérieures semblaient se continuer par leur circonférence avec la membrane interne du ventricule. (Je note cette dernière disposition, que je rappellerai dans une proposition sur les anévrysmes des artères.) Il n'était pas facile de déterminer quelle était la nature des parois du sac anévrysmal. On voyait bien en dehors et à gauche la substance charnue du ventricule se continuer avec le sac. Mais du côté de la cloison le tissu musculaire semblait s'arrêter tout à coup, et n'être plus remplacé que par une lame très-mince, transparente, fortifiée en dedans par les lames fibrineuses qui la tapissaient, et en dehors par le péricarde, dont l'adhérence en ce point s'était montrée beaucoup plus marquée que partout ailleurs. Cette lame était-elle la membrane séreuse du cœur un peu épaissie? Elle paraissait se continuer avec elle; mais on ne pouvait guère affirmer qu'il y eût identité entre ces membranes.

Les poches anévrysmales placées sur les artères des membres s'appliquent successivement les couches celluleuses qu'elles dépriment; elles peuvent ainsi se dilater outre mesure sans que leurs parois s'amincissent. Ces dernières augmentent même souvent d'épaisseur par l'organisation de la matière couenneuse que l'irritation fait épancher dans les aréoles du tissu lamineux. C'est par ce mécanisme que la nature retarde la rupture définitive de la poche anévrysmale. Les artères qui, par leur disposition anatomique, sont privées de ces enveloppes accessoires que le tissu cellulaire fournit aux vaisseaux des membres se rompent prématurément lorsqu'elles sont affectées d'anévrysme. La portion de l'aorte sur laquelle se réfléchit le péricarde, les artères cérébrales, ne fournissent que trop de faits à l'appui de cette proposition. On conçoit difficilement, d'après ces remarques, comment il peut se former une poche anévrysmale un peu considérable à la surface du cœur, à moins qu'elle n'ait lieu tout entière aux dépens de la substance charnue de cet organe : or, on vient de voir

qu'il n'en était pas ainsi dans le cas précédent. Je crois que l'adhérence du péricarde a été l'obstacle principal à la rupture de la tumeur, et a favorisé son développement. Nous avons vu que cette adhérence était plus serrée là qu'ailleurs. Le tissu lamineux accidentel qu'on y rencontrait a dû contribuer à l'organisation du sac. Je ne pense pas cependant que l'adhérence ait précédé l'anévrysme; elle a dû se former dans les premiers temps de la dilatation partielle. On sait que dans les cavités splanchniques la pression exercée par une tumeur sur deux lames séreuses contiguës détermine leur inflammation adhésive.

La dureté des caillots fibrineux a dû aussi s'opposer à la rupture de l'anévrysme.

Deuxième fait. Il a été recueilli dans le mois de février 1825. Mon frère, alors interne à la Pitié, m'avait engagé à assister à l'ouverture du cadavre d'un homme âgé de cinquante-cinq ans, qui avait succombé après avoir offert plusieurs signes d'une affection du cœur. Nous fîmes les remarques suivantes : le cadavre était chargé de graisse, la face était bouffie, violette; les membres abdominaux étaient tuméfiés par la sérosité épanchée dans le tissu lamineux sous-cutané. La poitrine ouverte, nous fûmes étonnés de la forme extraordinaire que présentait le péricarde, qui était renflé et arrondi au niveau de la pointe du cœur. Le fait précédent me revint à l'esprit, et j'eus l'idée que nous allions en rencontrer un second; j'exprimai mes conjectures à ce sujet devant M *Bally*, médecin de la Pitié. L'ouverture du péricarde et celle du cœur montrèrent les choses telles qu'elles étaient dans l'observation précédente. Il y avait cependant quelques différences que je dois noter : 1.° Le cœur était d'un volume énorme, en sorte que l'hypertrophie avec dilatation des deux ventricules se trouvait compliquée d'une dilatation partielle du sommet du ventricule gauche : il n'y avait dans le premier cas qu'une simple dilatation du ventricule gauche compliquant la dilatation partielle de la pointe.

2.° L'adhérence du péricarde n'existait qu'au niveau de la tumeur, la contiguïté des deux lames séreuses était conservée partout ailleurs : l'adhérence était complète dans le premier cas, et toute la cavité du péricarde avait disparu. 3.° Les caillots qui remplissaient le sac étaient blanchâtres, bien organisés; mais ils étaient encore humides, entremêlés, dans quelques points, de concrétions sanguines noirâtres dont le dépôt ne paraissait pas très-ancien : les concrétions fibrineuses dans le premier cas étaient sèches, grisâtres, disposées en lames concentriques, et d'une formation bien plus ancienne.

Cette deuxième observation nous présente la maladie à un degré moins avancé; elle semble confirmer la proposition émise précédemment, que l'adhérence du péricarde est causée par la dilatation partielle, et commence à son niveau. Ainsi nous voyons la péricardite circonscrite naître sous l'influence des affections locales du cœur, comme les pleurésies limitées sous celle des maladies tuberculeuses du poumon.

La lésion que je viens de décrire offre des caractères anatomiques assez tranchés pour qu'il soit impossible de la confondre sur le cadavre avec toute autre maladie du cœur; j'aurais désiré pouvoir indiquer quelques signes susceptibles de la faire reconnaître pendant la vie, mais je n'ai point observé les malades qui en étaient atteints.

Il ne paraît pas que l'habitude du corps puisse offrir aucun moyen de diagnostic. Le sujet de la première observation avait un embonpoint médiocre; celui de la deuxième était chargé de graisse. Les membres abdominaux étaient grêles et secs dans le premier cas; ils étaient volumineux et infiltrés de sérosité dans le second. La bouffissure et la lividité de la face, les troubles de la circulation, l'orthopnée, qui avaient fait diagnostiquer une maladie du cœur chez le malade observé en dernier lieu, ne peuvent servir à caractériser la dilatation partielle; elle était d'ailleurs, comme on l'a vu, compliquée de l'hypertrophie des deux ventricules.

La percussion donnerait probablement un son mat, puisque le

bord du poumon est repoussé en dehors au niveau de la tumeur. Cette dernière doit en outre venir frapper la paroi antérieure de la poitrine au-dessous de la mamelle gauche; peut-être que le cylindre ou l'oreille appliqués en ce lieu y percevraient une impulsion forte et étendue.

Sur une rupture de l'oreillette gauche (sinus des veines pulmonaires.)

Un jeune maçon tombe, la tête la première, d'un étage élevé; on l'apporte à la Pitié; il était sans connaissance; sa respiration était stertoreuse, le pouls insensible : il vécut encore *deux heures et demie.* A l'ouverture du cadavre, on trouva, 1.° le frontal fracturé en plusieurs points, enfoncé; les lobes antérieurs du cerveau réduits en bouillie; 2.° le péricarde plein de sang en partie liquide, en partie coagulé; il s'y était épanché par une ouverture résultant de la rupture de l'appendice de l'oreillette gauche; le trou était parfaitement arrondi, à bords un peu frangés, et assez large pour recevoir une très-grosse plume d'oie; 3.° le foie déchiré largement et profondément à sa partie supérieure.

Ce fait prouve, avec beaucoup d'autres, 1.° que les plaies du cœur ne sont pas toujours suivies d'une mort instantanée, et l'on peut remarquer que, dans le cas dont il est question, la plaie du cœur n'a peut-être pas causé seule la mort du blessé; 2.° que les abcès du foie qu'on remarque si fréquemment chez les individus affectés de plaies de tête sont quelquefois le résultat de la commotion violente que cet organe éprouve en raison de sa pesanteur, lorsque le corps est soumis à une secousse considérable.

Par quel mécanisme la rupture du cœur a-t-elle pu s'opérer ? On doit plutôt l'attribuer, je crois, à l'abord brusque du sang dans le sinus par les quatre veines pulmonaires qu'à la vibration directe éprouvée par l'oreillette. Un resserrement rapide du thorax a pu ac-

célérer l'arrivée du sang par les veines pulmonaires, et si cet effet a eu lieu au moment où la contraction du ventricule repoussait dans l'oreillette le cône de sang intercepté par l'abaissement de la valvule mitrale, la rupture est devenue nécessaire.

Sur l'anévrysme des artères.

D'après la doctrine presque généralement professée en France sur les anévrysmes spontanés, ceux-ci se divisent, 1.° en *vrais*, ou formés par la dilatation de toutes les tuniques; 2.° en *mixtes externes*, formés par la rupture des deux membranes intérieures et la dilatation de la plus superficielle; 3.° en *mixtes internes* : la membrane interne fait hernie à travers les deux extérieures, qui sont détruites. L'anévrysme *vrai*, arrivé à un certain développement, passerait nécessairement à l'état de *mixte externe*. On a même pensé que ce dernier succédait toujours à l'anévrysme *vrai*.

On sait que *Scarpa* pense différemment ; il regarde la dilatation des artères (premier degré de l'anévrysme vrai des auteurs) comme une maladie qui n'a aucun rapport avec les anévrysmes. Ces derniers résultent uniquement des altérations pathologiques qui détruisent les membranes internes : or, ces altérations peuvent se montrer indifféremment sur les artères qui n'ont pas été dilatées primitivement, ou sur celles qui ont éprouvé des dilatations, et dans ce dernier cas il y a deux maladies au lieu d'une.

Hodgson a adopté l'opinion de *Scarpa*, et a donné plusieurs considérations judicieuses à l'appui. Cependant il décrit plus loin une espèce d'anévrysme formé par la dilatation de toutes les tuniques ensemble; ce qui paraît, au premier abord, une contradiction choquante. On serait dans l'erreur cependant si on assimilait la maladie décrite par *Hodgson* à notre anévrysme vrai. Ce dernier, en effet, passe promptement à l'état d'anévrysme mixte externe, en sorte que

la maladie consiste bientôt dans une poche pleine de caillots placée sur le côté d'une artère, et communiquant avec elle par un ouverture de diamètre et de forme variables. Dans la maladie décrite par *Hodgson*, au contraire, on trouve le tissu artériel sur toutes les parois du sac, quel que soit le développement ultérieur de ce dernier. Les caillots fibrineux sont contenus dans l'artère même, au lieu de l'être dans une poche latérale. La meilleure preuve qu'on puisse donner en faveur de l'existence de cette espèce d'anévrysme se tire du mode d'origine des artères voisines. Nul doute que la dilatation n'ait eu lieu aux dépens de toutes les tuniques, si on voit naître des artères de la poche anévrysmale elle-même. Or, cette disposition a été remarquée plusieurs fois. Sur une pièce que j'ai donnée au cabinet de la Faculté, mais qui n'est pas, je crois, sortie des armoires de M. *Bogros*, qui devait la vernir, on voit une tumeur anévrysmale énorme de l'aorte, naissant vis-à-vis l'union des septième et huitième vertèbres dorsales, traversant les piliers du diaphragme, qui sont considérablement amincis, élargis et éloignés de la colonne vertébrale, et se terminant inférieurement devant le fibro-cartilage intermédiaire, à la deuxième et à la troisième vertèbres lombaires. De cette partie inférieure, qui faisait une saillie remarquable dans l'abdomen, naissent, 1.° le tronc cœliaque; 2.° un pouce plus bas, l'artère mésentérique supérieure, dont l'origine, dilatée sans qu'il y ait rupture d'aucune de ses tuniques, présente une espèce d'anévrysme vrai à son premier degré; 3.° plus bas et sur les côtés, les artères rénales. L'aorte thoracique semble se dilater peu à peu pour donner naissance à la tumeur, qui se rétrécit inférieurement pour se continuer avec l'aorte abdominale. Cet anévrysme, qui était à la fois thoracique et abdominal, s'était rompu dans la plèvre gauche.

Je ne tirerai pas de conclusions de ce qui précède ; j'ai eu l'intention d'exposer en peu de mots, et le plus clairement qu'il m'a été possible, un point de pathologie chirurgicale un peu obscur et longuement discuté dans quelques monographies.

Quant à l'anévrysme mixte interne, doit-on en admettre l'exis-

tence? Une pièce observée par MM. les professeurs *Dubois* et *Dupuytren* a-t-elle pu dissiper l'incertitude où l'on se trouvait à ce sujet? On a dit que, dans ce cas, la membrane interne avait été suivie jusque dans la poche anévrysmale. Mais que de causes d'erreur dans un semblable examen! Je me rappelle avoir entendu dire à M. *Béclard* qu'il avait observé avec soin la pièce dont il s'agit, et que la membrane interne de l'artère semblait plutôt continue avec quelques feuillets fibrineux qui tapissaient la poche qu'avec la membrane propre de cette dernière. Si on rapproche cette assertion du fait que j'ai cité à la *dilatation partielle du cœur*; si on remarque que, dans ce cas, les couches fibrineuses les plus intérieures semblaient se continuer par leur circonférence très-amincie avec la membrane interne du ventricule gauche (en sorte qu'il eût fallu conclure de cet examen que les caillots, étaient en dehors de la membrane interne du ventricule, prolongée dans la dilatation partielle, ce qui eût été contre toute vraisemblance); si on a égard à la facilité avec laquelle les fausses membranes se déposent et s'organisent à la face interne des kystes; si on se rappelle que les membranes tégumentaires semblent se prolonger dans les conduits fistuleux qui y aboutissent, et que cependant il est impossible de supposer qu'elles s'y prolongent; si on joint à ces courtes réflexions les argumens puissans que M. le professeur *Boyer* a rassemblés contre la doctrine des anévrysmes mixtes internes, on doutera au moins de leur existence.

Sur l'inflammation des artères.

Dans les additions faites à la médecine opératoire de *Sabatier*, on expose les remarques de M. le professeur *Dupuytren* sur l'influence apportée par l'inflammation des artères aux résultats de leur ligature. Les artères enflammées sont converties en une substance qui se coupe comme du lard lorsque l'on exerce la constriction nécessaire à l'hémostase. La chute rapide de cette ligature occasionne des

hémorrhagies consécutives dangereuses ; de là le précepte de ne jamais chercher les artères dans les parties enflammées, et de placer les ligatures plus près du tronc au moyen d'incisions convenables. Cette opinion doit peut-être être modifiée. Les artères enflammées ou dégénérées ne peuvent en effet supporter les ligatures ; leur section est prématurée dans ce cas, et entraîne des hémorrhagies : mais les artères placées au milieu des parties enflammées ne s'enflamment *presque jamais*. Les auteurs de pathologie, ceux qui ont écrit sur l'anatomie générale, ont indiqué la singulière prérogative qu'ont ces vaisseaux de se conserver intacts au milieu des parties enflammées ou dégénérées. On peut ajouter le fait suivant aux faits nombreux qui établissent cette proposition.

Un jeune homme avait été affecté d'un érysipèle gangréneux ; la chute des escharres avait donné lieu à deux larges ulcérations occupant la partie inférieure de l'abdomen. La peau était décollée autour de ces ulcérations, qui s'agrandirent successivement en haut, en bas et en dedans de manière à se réunir. Cet agrandissement eut lieu par un mécanisme assez remarquable. La peau décollée s'amincissait peu à peu, devenait noirâtre, et était absorbée sans qu'il en restât de vestiges, en même temps qu'une nouvelle portion de peau se décollait pour subir plus tard la même absorption. (La grande étendue de peau décollée ôtait tout moyen de changer cette disposition vicieuse au moyen des caustiques ou de l'instrument tranchant.) Trois semaines plus tard, le bas-ventre ne présentait plus qu'une vaste ulcération. Une portion de l'aponévrose du grand oblique et des fibres charnues des muscles petit oblique et transverse, ayant été comprise dans les escharres primitives au-dessus de l'arcade fémorale du côté gauche, l'artère iliaque externe de ce côté battait au fond de la plaie depuis le lieu où elle cesse d'être couverte par le péritoine jusqu'à celui où elle passe sous l'arcade fémorale. Les choses restèrent en cet état *pendant plusieurs semaines* ; le malade succomba. A l'ouverture du cadavre, il fallut racler la membrane des bourgeons vasculaires de dessus l'artère pour mettre cette

dernière à découvert. L'artère mise à nu était saine, nullement enflammée ou fragile; elle n'avait pas même changé de couleur. Nous essayâmes, M. *Béclard* et moi, de la couper avec une ligature; il fut impossible d'y parvenir.

Cette observation donne lieu à une remarque étrangère à mon sujet. La gangrène, en disséquant cette artère, avait montré le lieu précis sur lequel il convient de poser la ligature, lorsqu'on veut arrêter le cours du sang dans l'artère iliaque externe. Il est fort inutile et même dangereux de décoller largement le péritoine, à cause de l'inflammation du tissu cellulaire sous-péritonéal du bassin. On ne doit pas aller chercher l'artère beaucoup au-dessus de l'arcade fémorale, lorsqu'on ne craint pas d'être gêné par la tumeur anévrysmale. Il existe entre le lieu où le péritoine se réfléchit et l'arcade fémorale un espace triangulaire dont la base est en dehors. On peut lier l'artère dans ce point sans que le péritoine soit décollé. On est à peu près certain, il est vrai, de tomber alors sur l'artère épigastrique; mais on peut éviter de l'ouvrir ou en faire la ligature.

Sur une oblitération de la veine cave inférieure.

Les fœtus acéphales naissent, comme on sait, privés de cœur. Le mécanisme de leur circulation, soit que leur cordon ait contenu deux vaisseaux, l'un afférent et l'autre efférent, soit qu'il n'ait été parcouru que par un seul tronc artériel ou veineux, a présenté un problème intéressant, sur lequel *Méry*, *Lecat*, *Poujol*, *Winslow*, *Monro*, *Tiedmann*, se sont exercés à l'envi les uns des autres, sans être d'accord dans leurs conclusions. Une observation citée à l'article *oblitération* du Dictionnaire des sciences médicales, et qu'on a empruntée au docteur *Baillie*, présente un autre problème qui n'est pas moins compliqué, et qui est plus intéressant peut-être; je vais essayer de le résoudre. *Baillie* a vu la veine-cave inférieure obli-

térée depuis les veines émulgentes jusqu'à l'oreillette droite; il est dit positivement que l'orifice des veines sus-hépatiques était oblitéré. On ajoute, sans plus de développement à l'article cité, que la dilatation des veines lombaires et de l'azygos avait rétabli la circulation et donné passage au sang des viscères abdominaux. Il paraît difficile de concevoir comment les personnes qui ont cité ce fait ont laissé échapper l'occasion de décrire un des phénomènes les plus extraordinaires de circulation anastomotique qui aient été observés jusqu'à ce jour.

La circulation veineuse du canal intestinal et de ses annexes n'a que deux points de communication avec la circulation veineuse générale. Une de ces communications existe au lieu où les veines-sus-hépatiques s'ouvrent dans la veine-cave inférieure; elle se fait par plusieurs gros troncs. L'autre communication se rencontre dans les capillaires qui environnent l'extrémité inférieure du rectum. La première était interrompue : le sang conduit par les artères dans les viscères digestifs ne pouvait donc rentrer dans la circulation générale que par l'élargissement des anastomoses placées dans le bassin. Cette proposition paraît si extraordinaire, qu'on est tenté de la rejeter. Si le fait a été bien vu cependant, je ne pense pas qu'on puisse imaginer une autre explication. Quelques petites anastomoses qui existent entre les veines de l'estomac et celles de l'œsophage, les petits vaisseaux que la veine spermatique reçoit du mésentère, et qui communiquent avec ceux de la veine-porte, n'ont pu être que d'un bien faible secours pour le rétablissement de la circulation. L'examen du cours du sang dans chaque viscère digestif offrira peut-être quelque intérêt.

Circulation du foie. Cet organe, ne pouvant plus verser de sang dans la veine-cave inférieure, n'en recevait pas une goutte de la veine-porte; l'artère hépatique apportait seule du sang au foie; ce liquide revenait par la veine-porte hépatique, qu'il parcourait de haut en bas. Les matériaux de la sécrétion de la bile étaient fournis

seulement par le sang artériel; fait qui ne paraîtra pas plus extraordinaire que la variété anatomique observée au moins quatre fois sur l'homme, et qui consiste dans la terminaison directe de la veine-porte dans la veine-cave, sans fournir une seule branche au foie.

Circulation de la rate. Le sang y parvenait, comme dans l'état sain, par l'artère splénique; mais ce sang, qui revenait par la veine, au lieu d'aller se répandre dans le foie, se joignait à celui que cet organe renvoyait par la veine-porte. Les deux colonnes sanguines réunies parcouraient ensuite de haut en bas la veine mésentérique inférieure.

Circulation dans les autres viscères digestifs. Les veines du pancréas et de l'estomac ayant pour terminaison médiate ou immédiate les deux troncs veineux dont on a déjà examiné la circulation, le sang qui les avait parcourues devait avoir le même cours vers la région inférieure. Le sang apporté au canal intestinal par les artères mésentériques se dirigeait aussi vers le bassin, après avoir parcouru les arcades veineuses des replis du péritoine, en sorte qu'en dernière analyse la veine mésentérique inférieure devait transmettre aux anastomoses veineuses placées dans le bassin le sang de tous les viscères digestifs. Il fallait ensuite que la dilatation de l'azygos et des veines nombreuses du rachis favorisât le retour du sang vers la veine-cave supérieure. On est tenté de croire que le fait qui a donné l'idée de cette explication a été mal observé; mais, je le répète, s'il est authentique, je doute qu'on puisse concevoir un autre mode de circulation.

Sur la formation accidentelle des vaisseaux.

Plusieurs anatomistes rejettent la théorie récente sur l'organisation des fausses membranes; ils ne peuvent admettre que des vais-

seaux se creusent spontanément dans la matière plastique exhalée par l'effet d'une irritation, encore moins qu'e ces vaisseaux présentent d'abord une circulation isolée. Cependant ces vaisseaux existent dans les fausses membranes ; on est alors obligé de supposer qu'ils se sont prolongés des parties voisines à l'aide d'une espèce de turgescence du tissu cellulaire. La nature nous offre cependant beaucoup d'exemples de la formation spontanée des vaisseaux. Il n'est pas probable qu'ils existent dans l'œuf avant l'incubation, et on est parvenu à suivre jour par jour les progrès de leur développement dans la membrane vitellaire. Lorsqu'une membrane nouvelle se trouve libre d'adhérence entre deux lames séreuses qui lui sont contiguës, lorsque cette membrane est remplie de vaisseaux rougis par le sang, doit-on croire qu'ils sont venus de la membrane séreuse ou qu'ils se sont développés dans la fausse membrane? Une membrane de ce genre, d'une largeur considérable, flottait dans la poitrine d'une femme affectée d'hydrothorax. Le liquide contenu dans la plèvre était parfaitement transparent; la plèvre offrait çà et là des masses dures et arrondies de tissu cérébriforme; mais dans les intervalles elle était pâle et unie. Cependant la fausse membrane était d'un rouge foncé, ce qu'elle devait à une quantité prodigieuse de vaisseaux sanguins qui s'y ramifiaient. M. *Béclard* a plusieurs fois montré dans ses cours cette fausse membrane, que j'avais desséchée sur un verre, et que je conserve encore. Il avait été tout-à-fait impossible de démontrer la moindre connexion entre cette membrane et la plèvre.

Sur les polypes de l'utérus.

1.° Un polype attaché au fond de l'utérus et parvenu dans le vagin peut contracter adhérence avec ce conduit, ce qui lui forme une seconde attache.

2.° Si le polype grossit, c'est sa portion libre qui augmente de volume, s'allonge et se porte vers la vulve.

3.° Le polype est alors suspendu par deux pédicules, dont l'un traverse l'orifice de l'utérus pour aller s'implanter à son fond, tandis que l'autre, plus court et plus gros, est fixé à un point du vagin.

4.° Si le polype paraît brusquement à la vulve, le premier pédicule cause le renversement ou la descente de l'utérus; le deuxième produit le renversement du vagin.

5.° Si le pédicule inférieur s'insère à la partie moyenne ou inférieure de la paroi postérieure du vagin, la cloison recto-vaginale sera renversée; s'il s'insère plus haut à la même paroi, la partie du vagin que le péritoine tapisse en arrière sera entraînée par le polype.

6.° Il y aura alors du côté du péritoine un enfoncement proportionné à l'étendue du renversement, et les intestins pourront descendre dans cet enfoncement.

7.° Il pourra se faire que la portion du vagin renversée ressemble tellement au polype, qu'on ne puisse distinguer l'un de l'autre, et que le renversement soit méconnu.

8.° Si on se décide à la ligature ou à la section de ce pédicule, on pourra, dans le premier cas, appliquer le lien sur le vagin et les intestins descendus dans son renversement, et, dans le deuxième, établir une large communication entre le péritoine et le vagin.

L'observation suivante confirme plusieurs de ces propositions et vient à l'appui de toutes; elle a été recueillie sur une femme âgée de quarante-huit ans, d'une faible constitution, et mère de trois enfans. Pendant les dix mois qui avaient précédé l'époque de l'entrée de cette femme à la Pitié, elle avait eu, à des intervalles irréguliers, des écoulemens sanguins assez considérables par le vagin; son ventre ne s'était pas sensiblement distendu, et aucun corps étranger ne s'était présenté à la vulve. Elle entra à la Pitié dans le courant du mois de mai 1824. On fit les observations suivantes à la première visite : une tumeur rougeâtre, plus volumineuse que le poing, un peu molle, mais très-élastique en avant, plus consistante en arrière, paraissait à la vulve,

qu'elle remplissait en entier. La malade n'avait pas uriné depuis trente heures; la vessie, distendue, faisait saillie à l'hypogastre. On se borna le premier jour à vider la vessie; la sonde donna passage à une grande quantité d'urine limpide.

Le lendemain, la tumeur avait considérablement augmenté de volume, ou plutôt une nouvelle portion, renfermée la veille dans le vagin, avait franchi la vulve; elle offrait une couleur livide. La rétention d'urine s'était manifestée de nouveau: le cathétérisme fut difficile; il fallut déprimer considérablement la tumeur pour trouver le méat urinaire. La déviation de l'urètre opposait au passage de la sonde un obstacle qu'on ne put vaincre qu'en employant beaucoup de force. On chercha à reconnaître le mode d'implantation de ce polype. Le doigt, introduit le long de la paroi antérieure du vagin, rencontrait un pédicule arrondi qui semblait passer à travers un orifice circulaire large, et d'une mollesse comparable à celle du col de l'utérus pendant l'accouchement. On pensa d'abord que ce pédicule, implanté à la face interne de l'utérus, soutenait seul toute la tumeur; mais en cherchant à porter le doigt entre le polype et la paroi postérieure du vagin, on était bientôt arrêté par une espèce de cul-de-sac, résultant de l'adhérence du polype à cette paroi. On soupçonna alors qu'implanté dans l'utérus, dont il avait lentement traversé l'orifice, le polype était enfin descendu dans le vagin; qu'enflammée par le contact de ce corps étranger, la paroi postérieure de ce conduit s'était ulcérée, et avait contracté des adhérences avec le polype. Le reste s'expliquait par la descente de la partie moyenne de la tumeur, qui s'était ainsi trouvée comme suspendue à deux pédicules, l'un primitif, traversant le col de l'utérus, et l'autre plus large, attaché au vagin. Une ligature fut passée et serrée autour du pédicule utérin.

A la visite suivante, la tumeur répandait une odeur fétide; sa surface était livide et noirâtre, surtout en avant: son pédicule utérin fut coupé avec le bistouri au-dessous de la ligature; il ne s'écoula que quelques gouttes de sang.

Pour achever de détacher la tumeur, il fallait appliquer les mêmes moyens à la portion beaucoup plus large insérée à la partie postérieure du vagin. Mais cette paroi pouvait avoir été entraînée en bas par le poids du polype, et il était à craindre qu'on ne plaçât la ligature sur la cloison recto-vaginale. L'exploration du rectum fut faite; elle ne fit reconnaître aucune déviation de sa paroi antérieure. On se décida à l'opération. La ligature fut placée dans un sillon circulaire et superficiel tracé sur la tumeur avec le bistouri.

Pendant les deux jours suivans, la tumeur devint tout-à-fait noire et fétide; une sanie grisâtre s'écoulait en grande quantité par l'orifice du vagin quand on déplaçait latéralement le polype, qui retenait cette matière dans le vagin. La malade était affaiblie, son pouls était petit et fréquent; cependant elle urinait à volonté, et son bas-ventre n'était pas douloureux.

Le lendemain ou sixième jour, M. *Béclard* détacha la tumeur en l'excisant au-dessous de la ligature ; il ne s'écoula pas de sang, quoique la mortification parût superficielle.

La tumeur enlevée était arrondie; elle avait à peu près six pouces de diamètre dans tous les sens. La surface de la dernière section qu'on y avait pratiquée était blanche; la tumeur, dans ce point et dans les parties voisines, était dure, et offrait un peu l'aspect des corps fibreux de l'utérus. Dans le reste de son étendue, elle était composée d'un tissu mou, mais tenace, d'une rougeur foncée, due peut-être à la stase du sang par l'effet de la ligature.

Des injections émollientes furent faites dans le vagin. La malade, épuisée par les hémorrhagies antérieures et par l'influence délétère des matières putrides, dont on n'avait pas pu empêcher le croupissement dans le vagin avant l'extirpation de la tumeur, succomba le jour suivant.

L'ouverture du cadavre justifia pleinement le diagnostic qu'on avait porté sur cette maladie. Les détails étrangers à l'affection de l'utérus sont ici passés sous silence; il n'y avait ni péritonite, ni métrite, ni cystite.

Le bassin était large et bien conformé.

Le pédicule primitif de la tumeur s'insérait précisément à la partie moyenne du fond de l'utérus. La portion restante était cylindrique, longue de deux pouces, et grosse comme le petit doigt. Elle était dure, et se continuait évidemment avec le tissu de l'utérus, dont elle semblait avoir la texture.

L'utérus était un peu dilaté ; son tissu était beaucoup plus mou aux environs du col, dont la cavité se continuait sans interruption avec celle du vagin. Ce dernier conduit était très-ample; sa partie supérieure et postérieure donnait naissance au deuxième pédicule, qui était encore embrassé par la ligature. La portion du vagin que le péritoine tapisse en arrière avait été entraînée par le polype, en sorte que le sillon circulaire fait par le bistouri avait été tracé sur la membrane muqueuse du vagin au niveau de ses adhérences avec le polype. Le péritoine descendait dans un enfoncement infundibuliforme, dont le sommet s'engageait un peu sous la ligature. L'incision pratiquée un peu plus haut eût fait communiquer le vagin avec la cavité abdominale.

Si l'on considère que sur le cadavre ce qui restait du pédicule primitif était entièrement remonté dans l'utérus, tandis que sur le vivant l'incision avait été pratiquée au niveau de la vulve, on comprendra qu'il a dû exister une descente de l'utérus. C'est à cette descente qu'il faut attribuer la rétention d'urine, puisque cette complication cessa immédiatement après la section du pédicule utérin, quoique la tumeur fût encore suspendue à la paroi postérieure du vagin.

Pour qu'un polype présente plusieurs pédicules, il faut, ou qu'un seul polype devenu adhérent par une partie limitée de sa surface ait ainsi acquis un deuxième pédicule, ou que deux polypes nés de points différens se soient rencontrés et réunis en une seule masse : tel était le cas singulier où deux pédicules, sortant, l'un du vagin, l'autre du rectum, soutenaient un polype unique pendant au périnée.

Sur plusieurs affections des voies urinaires.

On a attribué à *Home* la description d'un lobe moyen de la prostate : c'est ce lobe dont l'hypertrophie cause la tumeur qu s'élève quelquefois de la partie inférieure de l'orifice de la vessie et s'avance dans ce viscère. *Morgagni* avait déjà dit presque tout cela. On voit, en effet (lettre 37ᵉ de l'ictère et des calculs biliaires, page 596, traduction de MM. *Désormeaux* et *Destouet*) : « La vessie urinaire fut ouverte..... Au-dessus de son orifice se présenta une protubérance blanche..... et qui, formant une saillie dans le commencement de l'urètre, se continuait avec la glande prostate, en sorte que, comme elle était de la même substance que cette glande, il ne parut douteux à aucun des assistans qui étaient exercés à la dissection de ces parties qu'elle n'en fût une excroissance. » Et (lettre 41ᵉ, de la suppression de l'urine, page 459) après avoir indiqué une éminence semblable, *Morgagni* dit : « Persuadé de ce que c'était, je coupai cette éminence, en même temps que la prostate contiguë, avec mon scalpel, et je fis voir qu'elle était de même nature que cette glande, et qu'elle se continuait très-manifestement avec elle..... » J'ignore si on a envisagé ce développement morbifique de la prostate autrement que dans ses rapports avec la rétention d'urine. Deux faits que j'ai eu l'occasion d'observer m'ont fait faire sur cette maladie quelques réflexions que je soumets à mes examinateurs.

Si on place une sonde de gomme élastique à demeure chez un individu éprouvant une rétention d'urine causée par la tumeur dont il est question, le bec de la sonde sera repoussé en haut par la protubérance placée à la partie inférieure du contour de l'urètre. Il pourra se faire, dans ce cas, que la tumeur présente à sa face supérieure une espèce de rigole qui dirigera toujours la sonde vers le même point de la vessie. Cette dernière, dont la cavité sera ré-

trécie, comme il arrive toujours quand une sonde est restée longtemps à demeure, sera exposée à une perforation par le contact continuel du bout de la sonde. L'observation suivante, que j'ai recueillie à Bicêtre, et dont M. *Murat* a, je crois, entretenu l'académie, donnera un exemple d'un accident semblable.

Le nommé Chaput éprouva une rétention complète d'urine; aucune blennorrhagie ne l'avait précédée; le cathétérisme fut facile. La sonde fut retirée après l'opération. Une nouvelle rétention s'étant manifestée le surlendemain, le malade entra à l'infirmerie; une sonde de gomme élastique fut introduite et laissée à demeure dans la vessie; la sonde fut renouvelée tous les quinze jours, et bientôt les urines passèrent en grande quantité entre sa surface extérieure et l'urètre: on essaya alors de la supprimer. Mais l'ischurie reparut aussi complète que la première fois. On fut obligé de revenir au moyen précédemment employé. Chaput, dont la santé était parfaite, accoutumé à la présence de la sonde, sortit de l'infirmerie, se livra à ses occupations habituelles, se bornant à réclamer les soins de M. *Murat* ou de ses internes chaque fois que le renouvellement de la sonde était devenu nécessaire. L'écoulement des urines se supprima tout à coup; Chaput, se trouvant fort mal, entra à l'infirmerie, où il présenta les symptômes suivans : douleur à la région hypogastrique, tuméfaction du bas-ventre, vomissemens répétés des boissons ingérées dans l'estomac et de matières bilieuses, traits de la face altérés, pouls petit, irrégulier; sa fréquence n'était pas très-augmentée.

La sonde était plus enfoncée que de coutume, elle ne donnait plus issue aux urines; mais en la retirant d'un pouce et demi environ, une petite quantité de ce liquide la traversa. Le malade succomba le troisième jour.

Ouverture du cadavre. Couleur rosée du péritoine, adhérences récentes des intestins entre eux au moyen d'une matière couenneuse. Une matière semblable unit à la vessie et au rectum les circonvolutions inférieures de l'iléon. Ces dernières, étant soulevées, laissent voir l'extrémité de la sonde sortant par la face postérieure de la vessie,

et faisant une saillie de trois pouces dans le petit bassin. (La sonde avait probablement été enfoncée à cette profondeur pendant le transport du cadavre à l'amphithéâtre; car la perforation avait été soupçonnée, et on s'était efforcé de maintenir la sonde le moins avant possible dans la vessie.)

La vessie est réduite à un très-petit volume; ses parois sont très-épaisses, et cette épaisseur est due à l'hypertrophie de sa portion musculaire. La membrane muqueuse n'a pas augmenté d'épaisseur; elle forme à l'intérieur plusieurs saillies en forme de bourgeons dont le sommet est très-rouge: ces saillies disparaissaient un peu, lorsqu'en tirant leur base on séparait l'une de l'autre les deux lames muqueuses qui les formaient par leur adossement. La moitié inférieure du contour de l'orifice de l'urètre donne naissance à une tumeur de la grosseur d'une petite noix. Cette tumeur est un peu mobile d'avant en arrière; sa face supérieure est creusée d'une gouttière qui recevait la sonde, et devait la diriger toujours vers la partie supérieure et postérieure de la vessie. Cette poche est perforée dans ce lieu, et communique avec le péritoine. Le canal de communication est arrondi, long de neuf lignes; sa surface est lisse; il semble tapissé par un prolongement de la membrane muqueuse de la vessie.

On peut ajouter quelques réflexions à cette observation. On a vu qu'au moment du développement des accidens, l'urine avait cessé de couler par la sonde; cela tenait à ce que les yeux de cette dernière étaient passés dans le péritoine. En la retirant un peu, on procura l'écoulement de l'urine; on avait ramené les yeux de la sonde dans la vessie. Cette expérience pourra, dans un cas semblable, être appliquée au diagnostic de la perforation, lorsque d'autres symptômes la feront soupçonner; elle sera surtout utile pour déterminer la profondeur à laquelle on doit tenir la sonde dans un cas de perforation. Or, c'est la partie la plus importante du traitement de cet accident; la sonde, trop peu enfoncée, n'arrive pas jusqu'à la vessie; les urines, n'ayant aucune issue par l'urètre,

passent dans le péritoine ; placé trop profondément, l'instrument ne favorise pas davantage la sortie des urines, puisque son extrémité s'avance dans la cavité abdominale.

On a vu aussi que, malgré l'hypertrophie de la vessie et son inflammation chronique, la membrane muqueuse n'avait pas augmenté d'épaisseur. Sur un assez grand nombre de vessies affectées de catarrhe chronique, j'ai constamment trouvé une disposition analogue ; je n'ai jamais vu l'épaississement de la membrane muqueuse dont parlent les auteurs. A quelque degré que soit portée l'altération de la vessie, il suffit d'enlever la membrane rouge et mince qui tapisse son intérieur pour mettre les fibres charnues à découvert. L'augmentation d'épaisseur de la vessie est due tout entière à l'hypertrophie du tissu musculaire.

L'excroissance de la prostate peut encore être envisagée sous le rapport du diagnostic des calculs vésicaux et sous celui du cathétérisme.

Sur le cadavre d'un homme qui avait éprouvé plusieurs rétentions d'urine et qui avait souvent été sondé, j'ai trouvé sur la partie inférieure du contour de l'orifice de l'urètre une excroissance presque aussi volumineuse qu'un œuf de poule. Un calcul plus volumineux qu'une noix était situé, derrière l'excroissance, dans le fond de la vessie ; le cathétérisme n'en avait pas même fait soupçonner l'existence. On conçoit que le bec de la sonde, toujours repoussé en haut par la tumeur, ne pouvait rencontrer le calcul placé dans le bas-fond de la vessie. Il serait convenable, si on avait le soupçon d'une pareille complication, de repousser le calcul en haut au moyen d'un ou deux doigts introduits dans le rectum pendant que l'on explorerait la vessie avec la sonde. On pourrait encore réussir en faisant mettre le malade sur les genoux et les coudes, après avoir placé un cathéter dans la vessie.

L'opération que *Lafaye* pratiqua sur *Astruc* peut-elle être citée en faveur du cathétérisme forcé de l'urètre? Ces deux opérations ne paraissent pas comparables : on sait que *Lafaye*, sondant *Astruc*, avait été arrêté par une tumeur semblable à celle dont il est

question dans cet article. C'est sur la partie latérale de cette tumeur qu'il s'était créé un chemin artificiel au moyen d'une sonde à dard. Le cathétérisme forcé n'offre aucun danger dans un cas semblable : la sonde ne peut en effet se fourvoyer; elle arrivera toujours dans la vessie sans intéresser aucune autre partie que l'excroissance. Il n'en est pas de même lorsqu'on essaie de surmonter un rétrécissement de l'urètre ; et les succès que cette pratique a procurés à quelques chirurgiens célèbres ne déposent peut-être qu'en faveur de l'habileté des opérateurs.

Croira-t-on qu'un seul rétrécissement placé à l'orifice extérieur de l'urètre ait pu occasionner une rétention d'urine complète, une infiltration urineuse énorme, et la mort? Une incision d'une ligne eût suffi pour rétablir le cours de l'urine et pour sauver le malade. Mais, par une pudeur mal entendue, il ne réclama aucun secours ; on l'apporta mourant dans une salle de chirurgie de M. le professeur *Lallement* (c'était un employé de la Salpêtrière). M. *Lallement* me permit le lendemain d'en faire l'ouverture en sa présence, pendant l'absence de son élève interne. Le scrotum et la partie inférieure de l'abdomen étaient tuméfiés, crépitans à la pression; le tissu cellulaire sous-cutanée était infiltré de sérosité sanguinolente d'une odeur urineuse fétide.

La vessie était très-épaisse ; sa cavité était petite, son tissu musculaire hypertrophié, sa membrane interne rouge et nullement épaissie. L'urètre, ouvert depuis l'orifice de la vessie jusqu'au rétrécissement, c'est-à-dire jusqu'à son orifice externe exclusivement, offrait partout une largeur si considérable, qu'il eût pu loger facilement une sonde plus volumineuse que celles du numéro 12. Le rétrécissement existait à l'extrémité de l'urètre, qui ne pouvait recevoir qu'un stylet très-fin. On ne put découvrir la crevasse de l'urètre; peut-être étaitelle comprise dans la section longitudinale pratiquée à ce conduit. Cependant cette dernière était très-régulière. Les preuves récentes données en faveur de la propriété qu'ont nos tissus de se laisser péné-

trer par imbibition ne pourraient-elles pas s'appliquer à l'étiologie de plusieurs phénomènes morbides?

Cette maladie existait probablement depuis long-temps. L'hypertrophie de la vessie tenait aux efforts qu'elle était obligée de faire pour expulser les urines. On sait que l'urètre se dilate ordinairement derrière les rétrécissemens. Ici tout le canal avait dû s'élargir. L'urine poussée par la vessie avait produit l'effet d'une injection dilatatrice.

Les auteurs ont prévenu les chirurgiens du danger de prendre une rétention d'urine pour une hydropisie, et de pratiquer, dans ce cas, la paracentèse. Il faut aussi se garder de prendre une hydropisie pour une rétention d'urine, et de pratiquer alors le cathétérisme avec trop de vigueur. Par suite d'une erreur semblable, on avait poussé la sonde jusque dans la vessie, qui était vide; on se croyait arrêté par un rétrécissement de l'urètre; on pressa davantage, la vessie fut percée, et tout le liquide d'une hydropisie ascite s'écoula par la sonde placée dans l'urètre. On eut l'occasion de vérifier cet accident par l'ouverture du cadavre.

Sur les signes de quelques apoplexies.

La paralysie générale, ou résolution complète, a été présentée comme le symptôme constant de l'apoplexie dans la protubérance cérébrale. Voici un fait en opposition avec ce point de pathologie.

Un homme âgé d'environ soixante ans, sanguin, d'une forte constitution, travaillait assis dans une rue. Tout à coup il se plaint d'une forte douleur de tête, se lève brusquement, et se met à fuir comme pour échapper à un danger imminent. Après avoir fait quelques pas, il tombe sans connaissance, et il est pris de convulsions générales. On l'apporta à la Pitié, où j'étais de service. Les convulsions continuaient, la respiration était bruyante comme dans les accès d'épilepsie, les

lèvres étaient couvertes de salive écumeuse. Le diagnostic était difficile. Cela ressemblait plus à l'épilepsie qu'à l'hémorrhagie. Cependant les parens affirmaient qu'il n'avait jamais eu de convulsions. Il n'était guère d'âge à devenir épileptique. Une saignée fut pratiquée. L'écoulement du sang se faisait avec une rapidité remarquable lorsque les mouvemens convulsifs augmentaient. Le malade mourut trois heures après son entrée à l'hôpital.

On trouva, à l'ouverture du cadavre, la protubérance cérébrale convertie en une poche sanguine qui était rompue à la fois du côté de la gouttière basilaire et du côté du quatrième ventricule. Ce dernier était plein de sang. La continuité des fibres ascendantes des cordons antérieurs et latéraux de la moelle avait donc été complètement détruite. Il est probable que les convulsions tenaient à l'irritation que ces fibres recevaient de leur rupture récente et de leur contact avec le sang épanché.

Le malade n'a point été observé pendant les deux dernières heures; les convulsions ont peut-être été remplacées par la résolution générale. Mais, dans des cas analogues, il serait important de ne pas attendre que le malade soit désespéré pour établir son diagnostic et faire une médecine active. Or, il sera utile de savoir que l'apoplexie dans la protubérance peut se présenter sans être annoncée par la résolution générale.

Les travaux des physiologistes de nos jours sont dirigés surtout vers la recherche des fonctions des diverses parties des centres nerveux. Non-seulement on a distingué les parties affectées au sentiment de celles qui président aux mouvemens, mais on a essayé d'acquérir des connaissances analogues relativement aux sensations spéciales et aux mouvemens partiels. Pendant que, pour parvenir à ce but, les physiologistes dissèquent les cerveaux des animaux vivans, les médecins s'efforcent d'opérer la même analyse par l'observation des maladies et les ouvertures de cadavres. Des observateurs recommandables pensent que le corps strié et les fibres qui en rayonnent sont en rapport avec les membres inférieurs; que les couches optiques

et leur rayonnement président aux contractions des membres thoraciques. L'observation des paralytiques n'est pas favorable à cette doctrine. On a remarqué de tout temps que la paralysie était toujours plus faible et cessait plus promptement dans les membres inférieurs que dans les supérieurs ; on avait même donné de ce fait des explications plus ou moins ridicules. Or, les ouvertures de cadavres montrent au moins dix hémorrhagies dans le corps strié sur une dans la couche optique. On ne peut donc guère admettre le rapport du corps strié avec les membres inférieurs. Le même raisonnement s'applique à la couche optique et au bras, puisque la lésion est rare dans la première, et la paralysie fréquente dans le second.

Si, comme on l'a annoncé, l'apoplexie dans un des lobes du cervelet cause la paralysie dans un des membres opposés, comme le ferait l'hémorrhagie dans un lobe cérébral, il n'y a plus moyen d'établir de diagnostic sur le siége des épanchemens sanguins dans le crâne.

Sur la gastro-hystérotomie.

En pratiquant l'opération césarienne sur une femme phthisique enceinte de six mois et demi, qui venait de succomber à la Maison d'accouchement, j'avais fait la section transversale, parce que l'utérus paraissait avoir une obliquité considérable à droite. Le premier organe qui se présenta après l'ouverture du péritoine fut le foie, qui, prolongé jusque dans la fosse iliaque droite, recouvrait tout le bord droit et une partie de la face antérieure de l'utérus. Le foie était parfaitement sain. La méthode transversale a été beaucoup vantée par quelques auteurs. On vient de voir un des inconvéniens possibles de cette méthode.

Sur quelques sympathies.

On s'est demandé si la sympathie entre deux organes revêtus de la même membrane muqueuse s'établissait par la continuité de cette dernière. Une tumeur squirrheuse, développée au périnée et traversée par l'urètre rétréci, fut enlevée avec le bulbe de l'urètre et une portion considérable de ce conduit. Le malade, qui s'était assoupi après avoir été soumis à cette opération pénible, se réveilla avec un besoin très-vif d'uriner. Ce besoin se faisait sentir, comme de coutume, par une espèce de titillation ou d'ardeur au bout du gland; cependant la continuité de sa membrane muqueuse avec celle de la vessie était complètement détruite. Ce fait tend à prouver qu'une action d'impression ou autre qui se développe dans un organe sous l'influence d'un excitant quelconque, ne se transmet à un organe différent qu'en parcourant une espèce d'arc nerveux auquel s'interpose un centre.

Sur les nerfs de l'olfaction.

M. *Magendie* a, je crois, communiqué à l'Institut l'observation dont je vais donner un extrait, et que j'ai recueillie à la Pitié dans le service de M. *Béclard.*

Un homme de trente ans environ, d'une forte constitution, était affecté d'une amaurose complète. Pendant le cours de cette maladie, dont le développement s'était accompagné de céphalalgie opiniâtre, et parfois de symptômes cérébraux plus intenses, il était un jour arrivé au malade de voir clair; mais cela n'avait duré que fort peu de temps, et la cécité la plus complète s'était manifestée de nouveau. Le malade mourut presque subitement; il s'était encore

promené la veille dans les cours, et rien ne pouvait faire prévoir cette brusque terminaison de ses souffrances.

A l'ouverture du cadavre, on trouva la partie inférieure et interne des lobules antérieurs du cerveau convertie en une masse d'apparence tuberculeuse, circonscrite, et du volume d'une grosse châtaigne. Cette tumeur avait détruit la lame criblée de l'ethmoïde et une partie de ses masses latérales, ainsi que la portion du frontal qui les recouvre, en sorte qu'elle correspondait au milieu à la voûte des fosses nasales, et sur les côtés aux cellules ethmoïdales. Il ne restait pas le moindre vestige des cordons médullaires et des bulbes des nerfs olfactifs.

La tumeur comprimait un peu en arrière la commissure des nerfs optiques ; la portion de ces nerfs renfermée dans l'orbite paraissait réduite à son enveloppe névrilématique : toute la partie médullaire avait été absorbée, ce qui donnait un aspect grisâtre et fibreux à ce nerf.

Exposons séparément ce qui dans cette observation est relatif au sens de la vue, et ce qui appartient à l'olfaction.

Comment se fait-il qu'une amaurose par affection organique ait été interrompue momentanément, au point que le malade ait pu distinguer clairement les objets qui l'entouraient? Je crois que cela aura eu lieu au moment où la tumeur se sera enfoncée un peu brusquement dans les fosses nasales; elle a dû alors cesser de comprimer la commissure des nerfs optiques placés derrière elle. Le développement ultérieur de la tumeur, ou peut-être un déplacement nouveau, auront rétabli la compression et fait reparaître l'amaurose. Je fais observer à ce sujet que le phémonène dont je recherche la cause s'était manifesté long-temps avant l'entrée du malade à l'hôpital, par conséquent à une époque où l'atrophie des nerfs optiques n'avait pas encore succédé à leur inaction prolongée.

On a vu qu'il ne restait rien des nerfs olfactifs; cependant les voisins du malade affirmèrent, 1.° qu'il s'était plaint souvent de la fétidité du pus qui s'écoulait de la fistule d'un malade atteint de

carie vertébrale, et qui occupait la même salle que lui; 2.° qu'il prenait du tabac avec plaisir quand on lui en offrait, et savait distinguer les diverses qualités de cette poudre.

Les nerfs de la première paire seraient-ils donc étrangers à l'olfaction ? Des expériences récentes démontrent que l'intégrité des nerfs trijumeaux est nécessaire à l'action de presque tous les organes des sens. Mais les nerfs que la cinquième paire envoie dans l'œil ne peuvent suffire à la vision sans le concours du nerf optique, tandis qu'il résulterait de l'observation précédente que les rameaux du maxillaire supérieur peuvent transmettre la sensation des odeurs sans le concours des nerfs olfactifs.

Depuis que j'ai donné ma thèse à l'impression, j'ai recherché si les auteurs cités par *Meckel* avaient décrit une véritable dilatation partielle; je n'ai pu consulter *Walther* (les nouveaux Mémoires de Berlin ne sont pas à la bibliothèque de l'École). Le cas cité par *Baillie* est aussi un exemple de dilatation partielle du ventricule gauche. Ainsi voilà trois cas bien avérés de cet anévrysme, qui n'était pas encore décrit dans nos traités des maladies du cœur. Un mémoire sur la dilatation partielle ne serait pas sans intérêt. Je me propose de rechercher les faits connus à ce sujet.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* DE *Mercy*).

I.

Febrem convulsioni supervenire melius est quàm convulsionem febri. *Sect.* 2, *aph.* 26.

II.

Circa puris suppurationes, dolores et febres magis accidunt quàm ipso facto. *Ibid.*, *aph.* 47.

III.

Juvenibus autem, sanguinis spuitiones, tabes, febres acutæ, epilepsiæ, et cæteri morbi, maximè verò suprà nominati. *Sect.* 3, *aph.* 29.

IV.

Senibus autem, spirandi difficultates, catarrhi tussiculosi, stranguriæ, dysuriæ, articulorum dolores, nephritides, vertigines, apoplexiæ, mali corporis habitus, pruritus totius corporis, vigiliæ, alvi, et oculorum et narium humiditates, visûs hebetudines, glaucedines, auditûs gravitates. *Ibid.*, *aph.* 31.

V.

Hyeme verò, pleuritides, peripneumoniæ, lethargi, gravedines, raucedines, tusses, dolores pectorum, et laterum, et lumborum, et capitis dolores, vertigines, apoplexiæ. *Ibid. aph.* 23.

VI.

Naturarum aliæ quidem ad æstatem, aliæ verò ad hyemem, benè aut malè sunt constitutæ. *Ibid.*, *aph.* 2.